**健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）証明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □下記の者は、健康保険等の被保険者資格を、 | □　取得 | したことを証明します。 |
| * 喪失
 |
| □下記の者は、健康保険等の被扶養者として、 | □ 認定 | されたことを証明します。 |
| * 認定を抹消
 |

（該当欄に　　をしてください）

令和　　　年　　　月　　　日

事業所　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　（担当者　　　　）

**記**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被　保　険　者**A** | （氏名） | 大正昭和　　　　　　　　　　　　　男平成　　　　　　　　　　　　　女令和　　　　　年 　　月 　　日生 |
| （個人番号） |
| （住所） |
| 基礎年金番号 |  |
| **B**　健康保険・厚生年金保険 資格取得年月日　資格喪失年月日　（退職年月日） | 取得：令和　　年　　月　　日 | **C** 健康保険の被保険者証記号・番号 | **D**　保険者番号 |
| 喪失：令和　　年　　月　　日（退職：令和　　年　　月　　日） |  |  |
| **E**被扶養者 | 氏 　　名 | 生　年　月　日 | 性別 | 続 柄 | 被扶養者として認定または認定を抹消された日 | 喪 失 理 由 |
| 個 人 番 号 |
|  | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 | 男女 |  |  |  |
|  |
|  | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 | 男女 |  |  |  |
|  |
|  | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 | 男女 |  |  |  |
|  |
|  | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 | 男女 |  |  |  |
|  |
|  | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 | 男女 |  |

|  |
| --- |
| 本　人　確　認　欄 |
| 番号確認 |  | 身元確認 |  |

 |  |
|  |

（記入上の注意）

1. B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
2. 被扶養者の異動のみでも、A・C・D・E欄は必ず記入してください。